

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N° _____

THÈSE

386

pour le DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

BOISSIER Marguerite
(née **LEGAGNEUX**)

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris
née à Rochefort (Charente-Inférieure) le 29 Septembre 1906

Essai sur les névralgies laryngées supérieures

Président de Thèse : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N°

THÈSE

pour le DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

BOISSIER Marguerite
(née **LEGAGNEUX**)

*Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris
née à Rochefort (Charente-Inférieure) le 29 Septembre 1906*

Essai sur les névralgies laryngées supérieures

Président de Thèse : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1935

LE DOYEN. M. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GULLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANCON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD Henri.... Pathologie médicale.
 BERNARD E. .. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD .. . Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD . . . Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES..... Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN .. Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL. (

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{re} J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neuro-psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS..... Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale et comparée.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	PASTEUR-VALLERY-RADOT.	Clinique médicale.
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	SEZARY	Clinique médicale.
AUBERTIN	Clinique médicale.	ECALLE	Clinique obstétricale.
BRULE	Clinique médicale.	GUENIOT	Clinique obstétricale.
CHABROL	Clinique médicale.	LE LORIER ...	Clinique obstétricale.
CHIRAY	Clinique médicale.	LEVY-SOLAL..	Clinique obstétricale.
DONZELOT ..	Clinique médicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
DUVOIR	Clinique médicale.		
LIAN	Clinique médicale.		

MM.	
BASSET	Clinique chirurgicale.
BROCQ	Clinique chirurgicale.
CADENAT	Clinique chirurgicale.
GATELLIER ..	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.
MOURE	Clinique chirurgicale.
QUENU	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
VELTER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT,	agréé Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A MON MARI

A MON PERE ET A MA MERE

A MES TANTES

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE
Professeur de clinique O.R.L.
Otolaryngologiste de l'Hôpital Lariboisière.
Officier de la Légion d'honneur.

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la Présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HALPHEN
Oto-laryngologiste de l'Hôpital Saint-Louis.
Chevalier de la Légion d'honneur.

*C'est lui qui m'a inspiré ce travail.
Ses travaux, les enseignements qu'il
m'a donnés, la bienveillance constante
de son accueil m'en ont singulièrement
facilité la tâche.*

*Je suis heureuse de lui exprimer ici
toute ma gratitude, mon admiration
ainsi que mon respectueux attache-
ment.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI HARTMANN,

Professeur honoraire de clinique chirurgicale.

*Hommage de respectueuse affection
et de vive reconnaissance pour les
deux années passées dans son ser-
vice.*

STAGES:

A MONSIEUR LE PROFESSEUR F. WIDAL.

(In memoriam.)

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE.

EXTERNAT :

A MONSIEUR LE DOCTEUR CH. FLANDIN.

Avec l'assurance de mon dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. APERT.

En témoignage de ma profonde vénération.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. LEREBoullet.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MONBRUN.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHET.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL PINARD.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX.

INTRODUCTION

On considère le nerf laryngé supérieur comme un nerf mixte, sensitivo-moteur, donnant par sa branche interne une sensibilité très vive et très spéciale à la partie haute du larynx (replis aryténo-épiglottiques, épiglote) à la base de la langue et grâce à l'anastomose de Galien à la partie basse du larynx et à la partie supérieure de la trachée. Par sa branche externe il contribue à assurer la tonicité des cordes vocales grâce à un filet destiné au muscle cricothyroïdien, tenseur de la corde.

De plus, l'expérience montre que le nerf laryngé supérieur contient des fibres vaso-motrices (HÉDON, BROCKAERT, SCHULTZE, TERRACOL) et, quels que soient les types décrits, l'importance des anastomoses qui unissent sympathique cervical et nerf laryngé supérieur, permettent de prononcer le nom de racine sympathique du nerf laryngé supérieur, d'où nous pouvons conclure que « anatomiquement, le laryngé supérieur n'est pas seulement un nerf mixte sensitivo-moteur, il a une troisième qualité : c'est un nerf sympathique. » (CABANAC et AZEMAR).

Or, si le laryngé supérieur peut traduire sa souffrance par des symptômes divers, les ouvrages clas-

siques observent un mutisme à peu près complet sur ces névralgies laryngées.

Cependant, le laryngologiste est souvent amené à examiner des malades qui se présentent à lui sous le prétexte : soit de « douleurs angineuses sans angine » (l'examen du pharynx n'a montré aucune modification) et l'on parle de rhumatisme laryngé, soit de toux quinteuse, coqueluchoïde, étiquetée toux pharyngée, laryngo-trachéite, cavite, toux incessante, fatigante, déprimante, dont ni l'auscultation, ni l'examen radiologique n'ont fait la preuve.

Dans ces différents cas, si l'examen du spécialiste se révèle de prime abord négatif, un examen plus poussé révélerait des signes de névralgie du larynx supérieur ou d'algies sympathiques dans le territoire de ce nerf ; ce syndrome est d'autant plus important à rechercher qu'il relève d'une thérapeutique très simple, amenant rapidement sédation de toux et de douleur.

Dans ce travail, nous nous efforcerons, après un rappel des points importants de l'anatomie du nerf laryngé supérieur, de préciser la symptomatologie des névralgies laryngées. Puis, nous aborderons l'étude de syndromes où le sympathique joue le plus grand rôle, mais qui semblent devoir être rattachés à la névralgie laryngée par des points cliniques communs et une même thérapeutique. Et, après avoir insisté sur son diagnostic différentiel avec les syndromes douloureux des territoires nerveux voisins, nous exposerons, en nous appuyant sur des observations, la thé-

rapeutique que l'on peut appliquer à cette affection : anesthésie tronculaire du nerf laryngé supérieur par les injections d'alcool, d'une part, anesthésie du ganglion sphéno-palatin pour les manifestations sympathiques concomitantes d'autre part.

Enfin, dans un dernier chapitre, après avoir rappelé l'inocuité complète du traitement proposé, nous exposerons brièvement dans quels syndromes plus complexes où la part du laryngé supérieur est discutée, notre maître, le professeur agrégé HALPHEN a proposé d'instituer ce même traitement.

ANATOMIE DU NERF LARYNGE SUPERIEUR

Sous le nom de nerf laryngé supérieur, on décrit un nerf mixte, sensitivo-moteur, branche collatérale du pneumo-gastrique, née le plus souvent du ganglion plexiforme, qui donne au larynx toute sa sensibilité et une partie de sa motricité.

Il naît du pôle inférieur du ganglion plexiforme, à sa partie interne. Cruveilhier l'a vu naître par deux racines : une grosse issue du pneumogastrique, une grêle issue du nerf glosso-pharygien. Le nerf, très proche du ganglion cervical supérieur du sympathique est placé à la face postérieure de l'artère carotide interne. Puis il atteint l'angle du pharynx, oblique en bas et en avant, s'accôle au constricteur moyen dont l'aponévrose pharyngée le sépare. Puis il le quitte, se place dans l'interstice qui le sépare du constricteur inférieur et répond en profondeur aux fibres du palato-staphylin et à celles du stylo-pharyngien. Il est recouvert en dehors par la carotide interne, puis, plus à distance, par la carotide externe qui émet l'artère linguale au niveau de la grande corne de l'os hyoïde. Souvent l'origine de l'artère linguale le sépare du grand hypoglosse.

Arrivé dans la région de la grande corne hyoïdienne, avant de se bifurquer, tantôt très proche de la corne, tantôt au-dessous, très souvent au-dessus d'elle, il affecte avec celle-ci des rapports très variables : « Le rameau supérieur du laryngé supérieur

suit une direction à peu près horizontale. Il chemine parallèle à la grande corne. » (TESTUT). « Le nerf est presque parallèle au bord inférieur de l'os hyoïde. » (RAMADIER et VIGNES). Pour CAZEJUST, cette direction parallèle à l'os hyoïde est vraie seulement dans la moitié des cas. Le nerf suit souvent un trajet en anse. Il peut arriver aussi que la portion descendante de l'anse croise obliquement la grande corne de haut en bas. Il peut arriver aussi que la deuxième partie ascendante de l'anse croise la corne hyoïdienne de bas en haut « pour pénétrer dans le larynx au ras de la face supérieure de cette corne. » (MOURET). En descendant vers la membrane thyro-hyoïdienne, le nerf laryngé supérieur peut contourner en l'accrochant en quelque sorte, l'extrémité postérieure de la grande corne hyoïdienne.

Quoi qu'il en soit, le nerf, arrivé dans la région hyoïdienne se bifurque. La branche inférieure grêle, surtout motrice ou nerf laryngé externe, quitte la courbe du laryngé supérieur, descend oblique en bas et en avant, glisse sur la face externe du constricteur inférieur, recouvert par le lobe latéral du corps thyroïde et le muscle sterno-thyroïdien. Au bord inférieur de l'aile thyroïdienne, en quittant le constricteur, il se divise en deux rameaux terminaux, atteignant le muscle crico-thyroïdien suivant des rapports variables avec les sujets.

CRUVEILHIER, LIEBAULT et CELLES, RAMADIER et VIGNES, ont signalé la naissance isolée du laryngé externe du ganglion plexiforme.

La deuxième branche terminale du nerf laryngé supérieur, plus volumineuse, est la branche sensitive ou nerf laryngé externe. Il prolonge la courbe du tronc et le nerf ainsi compris décrit au contact du pharynx une grande corbe à concavité antéro-supérieure, à sommet situé en arrière de l'extrémité postérieure de la grande corne de l'os hyoïde, dont la branche postérieure descendante est beaucoup plus longue que l'antérieure, presque horizontale ou légèrement ascendante. Cette courbe sous-jacente à celle du glosso-pharygien est de plus grand rayon qu'elle. Ce nerf laryngé interne glisse dans l'espace thyro-hyoïdien latéral, perfore la membrane thyro-hyoïdienne et débouche en s'épanouissant dans les gouttières pharyngo-laryngées.

Nous ne reviendrons plus sur la topographie de la portion rétro-carotidienne du nerf, où le chirurgien ne doit pas chercher à l'aborder ; nous n'insisterons pas davantage sur les rapports du laryngé externe, et après nous être borné à l'énumération des branches collatérales du nerf laryngé supérieur, nous reprendrons l'étude plus approfondie des rapports du nerf laryngé interne dans son segment thyro-hyoïdien latéral, portion superficielle séparée seulement des téguments par le peaucier du cou, quelques veinules et quelques filets du plexus cervical superficiel, donc portion d'abord facile, sans danger, où le nerf peut être atteint par une injection anesthésiante ou neurolytique, donc région qui nous intéresse particulièrement.

BRANCHES COLLATERALES DU LARYNGE SUPERIEUR

1. 2 ou 3. Anastomoses avec le plexus pharyngien auquel glossopharyngien, pneumogastrique et sympathique participent.

(Quelquefois anastomose directe avec le nerf pharyngien inférieur).

2. Anastomose avec le ganglion cervical supérieur du sympathique.

3. Filet rétrocarotidien allant au corpuscule carotidien de Luschka.

4. Laryngé supérieur, sympathique et laryngé externe forment le plexus laryngé de Haller, rétrocarotidien, donnant des filets à l'œsophage et au corps thyroïde.

Il peut donner, d'après HUGUIER, un filet qui s'anastomose au récurrent au bord inférieur du cartilage cricoïde.

5. Parfois, nerf cardiaque allant au plexus cardiaque.

RAPPORTS DANS L'ESPACE THYROHYOÏDIEN LATERAL

On ne peut donner de la topographie du nerf, en cette région, une description unique. Sa topographie a donné lieu à un grand nombre de travaux dont les résultats très contradictoires montrent la grande variabilité du nerf.

Emergeant de la gouttière carotidienne où le protégeait le paquet vasculo-nerveux du cou, le nerf compris dans une gangue cellulo-fibreuse est appliqué sur les plans profonds de l'espace thyrohyoïdien.

Pour Hovelacque, « d'abord oblique en bas et en avant, il croise le ligament thyro-hyoïdien latéral et atteint la membrane thyro-hyoïdienne l'abordant au-dessous de la grande corne hyoïdienne puis presque horizontal le nerf chemine sur la membrane se portant vers le bord postérieur du muscle thyro-hyoïdien. » Pour Chalié et Bonnet, le muscle thyro-hyoïdien est en dedans du nerf ; de même pour Liebault et Celles. Poirier écrit que le nerf s'engage sous le muscle thyro-hyoïdien avant de perforer la membrane. Son avis est partagé par Testut et Cruveilhier. Plus souvent peut-être, il perfore la membrane à une distance variable du muscle en arrière de celui-ci et plus ou moins près du bord supérieur du cartilage thyroïde. D'ailleurs ce point de pénétra-

tion est variablement situé. Pour LACOUR « perforation à 8 mm. en avant de la corne inférieure du cartilage thyroïde » ; pour POIRIER et PICQUÉ, « point situé à la moitié de la hauteur de la membrane », parfois « quart inférieur de la membrane. » (PAUL-BONCOUR). Souvent plus haut à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen, « souvent aussi, le nerf peut passer dans le larynx au ras de la face inférieure de l'os hyoïde. » (CAZEJUST).

Donc si le point de pénétration du nerf dans la membrane thyro-hyoïdienne est très variable, non moins variablement décrits sont ses modes de pénétration. Parfois, le nerf non encore divisé mais aplati et épaissi, ou déjà ramifié en plusieurs rameaux encore accolés, perfore la membrane en s'engageant dans un orifice assez grand limité en avant par un pli semi-lunaire (CHALIER et BONNET). Beaucoup plus souvent le nerf est déjà divisé en trois ou quatre branches légèrement écartées qui disparaissent par autant d'orifices.

Avec l'artère laryngée supérieure née de la thyroïdienne supérieure au point où celle-ci effectue sa crosse, et la veine laryngée supérieure affluent du tronc thyro-linguo-pharyngo-facial de Farabœuf, le nerf affecte des rapports aussi étudiés que discutés.

Dans le POIRIER et CHARPY on lit « la branche supérieure du laryngé supérieure en quittant le constricteur moyen du pharynx s'engage entre le muscle thyro-hyoïdien et la membrane thyro-hyoïdienne, accompagné de l'artère laryngée supérieure.

Dans le traité de TESTUT, il n'est pas question des rapports du nerf avec les vaisseaux laryngés mais sur certaines figures on voit les vaisseaux laryngés supérieurs cheminer parallèlement au nerf à 1 centimètre environ au-dessus de lui.

D'après RAMADIER et VIGNES, les vaisseaux seraient contenus dans « un manchon cellulaire émané de la gaine carotidienne » et seraient ainsi séparés du nerf par plus de 1 centimètre de tissu cellulaire.

Pour CAZEJUST, « le nerf se dirige vers la membrane thyro-hyoïdienne en dedans des vaisseaux laryngés, profondément unie à eux dans leur angle postérieur, profondément située dans le tissu cellulaire serré qui s'étend en une couche plus ou moins épaisse contre la membrane thyro-hyoïdienne ».

Cet « enfouissement » du nerf avait été déjà noté par LIEBAULT et CELLES qui décrivent les vaisseaux à 5 ou 6 centimètres au-dessus du nerf. HOVELACQUE, s'il décrit le nerf laryngé non parallèle aux vaisseaux, admet que « dans la très grande majorité des cas, branches artérielles et veineuses accolées perforent la membrane thyro-hyoïdienne au même niveau que le nerf et par des orifices spéciaux, rarement ils s'engagent dans les mêmes orifices fibreux. CHALIER et BONNET indiquent les vaisseaux perforant la membrane en avant du nerf.

« Après avoir perforé la membrane thyro-hyoïdienne, le nerf laryngé supérieur divisé en trois ou quatre branches apparaît sous la muqueuse dans la gouttière laryngo-cricoïdienne soulevant le pli laryn-

gé de HYRTL, et arrive ainsi à la base des replis ary-téno-épiglottiques ; à ce niveau, chacune de ses branches terminales se divise en un certain nombre de filets. Les filets terminaux du nerf laryngé supérieur sont tous muqueux et sensitifs. Ils sont nombreux et ils peuvent être divisés en deux groupes, 1 2 ou 3 filets antérieurs ou épiglottiques, suivent les replis ary-téno-épiglottiques, atteignent l'épiglotte et se distribuent à ses deux faces en se divisant en de nombreux petits rameaux anastomosés les uns avec les autres. Les terminaisons les plus antérieures atteignent la base de la langue en cheminant sous la muqueuse de la face interne des replis ary-téno-épiglottiques latéraux. D'après ZANDER, le territoire lingual triangulaire est long de 1 centimètre et demi environ, large de 1 centimètre. Il atteint en avant le milieu de la racine de la langue.

Il y a chevauchement du territoire du laryngé supérieur sur celui du glosso pharyngien et les deux nerfs s'anastomosent richement entre eux.

2) Filets terminaux postérieurs, plus nombreux se distribuent les uns à la muqueuse de la portion sus-glottique du larynx à la région sous-glottique, sur une hauteur de 2 à 4 centimètres (COLLET). Les autres à la muqueuse pharyngée qui tapisse la face postérieure du muscle interaryténoïdien et de muscles cri-arythénoïdiens postérieurs. Un de ces filets s'anastomose avec un rameau ascendant du récurrent formant l'anse de Galien.

Pour DILLWORT, certains de ces filets terminaux

donneraient des rameaux très fins aux fibres musculaires situées dans l'épaisseur des replis aryténo-épiglottiques et au muscle interaryténoïdien. ZIEGELMANN partage cet avis. Pour EXNER, les thyroaryténoïdiens internes des deux côtés seraient innervés par les deux laryngés supérieurs.

Nous venons d'étudier les points principaux de l'anatomie du nerf laryngé supérieur. Voyons maintenant quelles sont ses anastomoses et en particulier celles avec le système sympathique « bases solides pour l'étude clinique de la vasomotricité du larynx. » (CAZEJUST).

Avec le pneumogastrique, le laryngé s'anastomine par le plexus pharyngien et par le nerf pharyngien inférieur du X.

Avec le IX par le plexus pharyngien.

Avec le récurrent par l'anse de Galien.

Et très rarement par un filet supplémentaire venant de la terminaison du laryngé externe ou du laryngé supérieur.

Enfin, il y a une anastomose entre laryngé externe et laryngé supérieur, anastomose qui passe par un orifice situé sur la membrane thyro-hyoïdienne.

Avec le sympathique, les anastomoses sont très diversement décrites suivant les auteurs. « Les branches laryngées, quand elles existent, sont représentées, soit par des anastomoses directes simples ou multiples entre le ganglion cervical supérieur et le tronc du

laryngé supérieur, soit par des anastomoses gagnant une des branches de division, branche supérieure ou branche inférieure le plus souvent. » (HOVELACQUE).

Pour LUSCHKA, il existe constamment un filet reliant le tronc du laryngé supérieur au ganglion cervical supérieur.

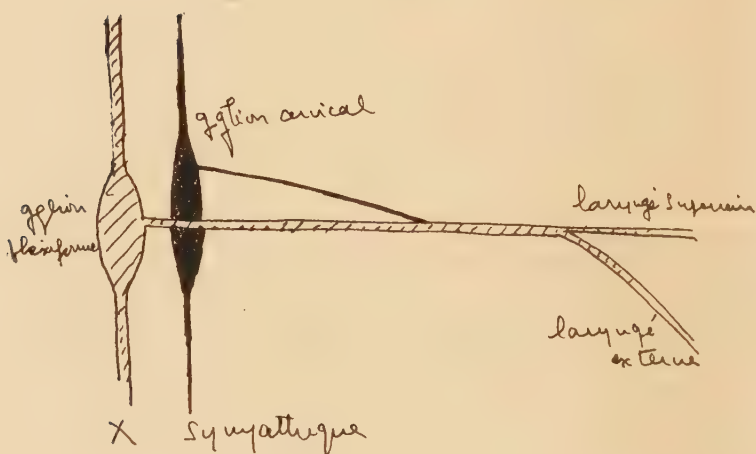
RAMADIER et VIGNES décrivent comme disposition la plus fréquente une anastomose tendue entre le nerf laryngé externe et le nerf cardiaque supérieur.

BROCKAERT dans « Les nerfs sympathiques du larynx » (1907) a nommé « racine supplémentaire émanée du ganglion cervical supérieur par le nerf laryngé supérieur ou pour sa branche externe », l'anastomose avec le sympathique et il indique les variations que peut subir cette racine d'un individu à l'autre.

Nous empruntons au travail si documenté de AZÉMAR et CABANAC, effectué dans le service du professeur TERRACOL (de Montpellier) le groupement en quatre types anatomiques bien distincts des différentes descriptions des auteurs :

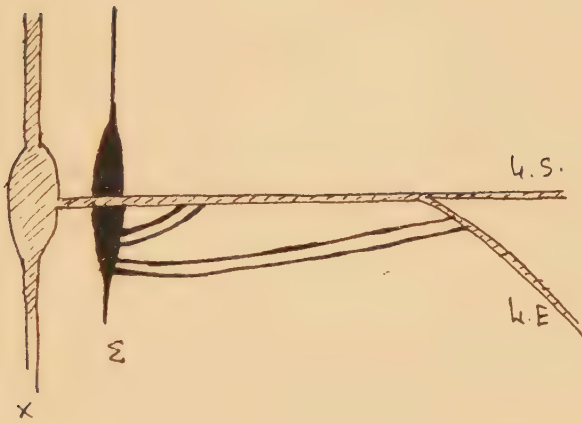
Premier type : L'origine du laryngé supérieur est double : par une racine venant du X et par une racine émanée du ganglion cervical supérieur du sympathique (Cette dernière parfois la plus volumineuse). La racine sympathique de longueur variable se détache de la partie moyenne du ganglion cervical supérieur en même temps que les branches pharyngiennes. Elle se réunit à la racine du vague au point où celle-

ci croise la face profonde de la carotide interne (type déjà décrit par CRUVEILHIER.)



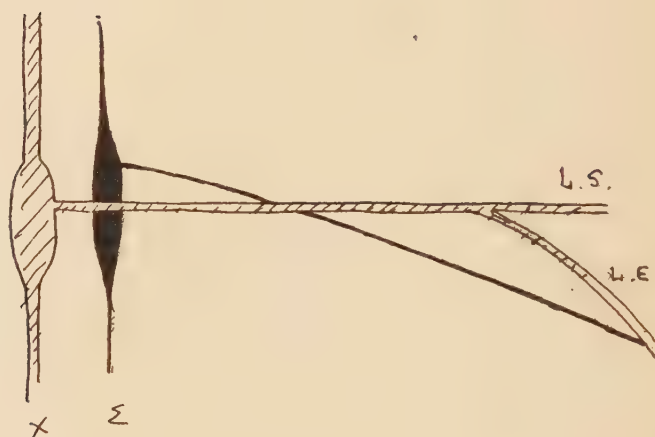
1^{er} TYPE

Deuxième type : Lorsque le nerf laryngé externe se détache précocement du tronc principal, la racine sympathique toujours longue se divise aussi en deux branches. La plus importante est destinée au nerf laryngé externe. Assez souvent d'ailleurs celle-ci existe seule.



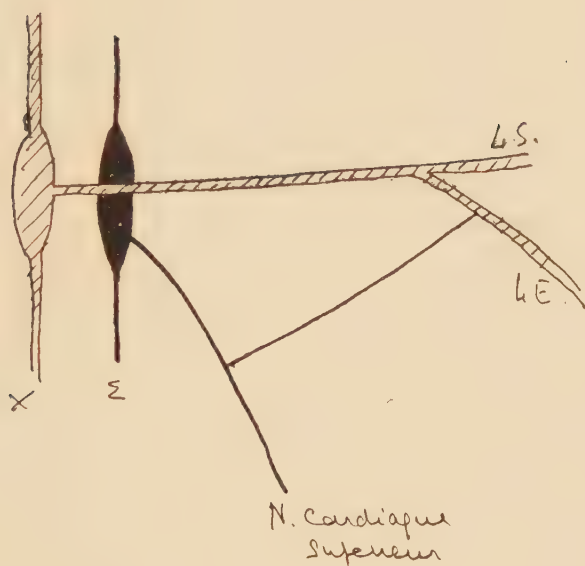
II° TYPE

Troisième type : Il n'y a pas à proprement parler de racine sympathique. Elle est remplacée par des rameaux grêles, mais nombreux, issus du ganglion cervical supérieur du sympathique, qui vont s'accoler au tronc du laryngé supérieur et à sa branche de bifurcation (laryngé externe).



III° TYPE

Quatrième type : Aucun rameau, si grêle soit-il, ne se détache du ganglion cervical par le nerf laryngé supérieur. Les anastomoses sont périphériques. Elles unissent le nerf laryngé supérieur aux branches pharyngiennes ou carotidiennes du sympathique. Elles paraissent être toujours plus nombreuses et plus volumineuses pour le nerf laryngé externe.



IV° TYPE

Ce mode anatomique qui peut d'ailleurs exister avec une anastomose du deuxième ou du troisième type est considéré comme le plus fréquent par les classiques. Il paraîtrait actuellement moins fréquent. Souvent il s'agissait d'une anastomose tendue entre le nerf cardiaque supérieur et le nerf laryngé externe. (Cas le plus fréquent pour HOVELACQUE, 8 % des cas pour AZÉMAR et CAZEJUST).

De l'anatomie du nerf laryngé supérieur, nous pouvons dès maintenant prévoir :

— au point de vue clinique : la variabilité des signes, l'importance des syndromes sympathiques surajoutés et leur polymorphisme.

— au point de vue thérapeutique : la possibilité d'échecs dans le traitement par injection d'alcool pour l'anesthésie du nerf, injection faite aux points classiques mais ne correspondant pas à la variété anatomique du nerf.

NEURALGIE DU NERF LARYNGE SUPERIEUR

Dans les ouvrages classiques, la névralgie du nerf laryngé supérieur est peu ou mal décrite. On ne rencontre dans la littérature médicale que peu d'exemples de ces troubles nerveux ou du moins peu de cas étiquetés sous cette dénomination. Cela tient à ce que la nature exacte des troubles doit échapper le plus souvent aux observateurs. Selon leur tendance d'esprit, selon les hasards de la clinique, ceux-ci attribuent une étiologie, une pathogénie différentes aux troubles observés. C'est ainsi qu'on trouve nombre de cas ressemblant étrangement à la névralgie laryngée dans des travaux intitulés :

« Manifestations névralgiques de la pharyngite catarrhale » (HACK).

« Troubles provoqués par les petites lésions des amygdales » (MARTIN et BOULAY).

« Paresthésies pharyngées » (LE MARC'HADOUR et BOULAY).

« Pharyngite latérale » (ULFENORDE).

Paresthésies pharyngées » (BOULAY).

« Paresthésies pharyngées » (Thèse de AHOND).

Si TOBOLD, AVELLIS, FRAENKEL ont pressenti l'automie de cette névralgie particulière du laryngé supérieur parmi tant de troubles si voisins, c'est à BØENNINGHAUS que revient le mérite de l'avoir reconnue

nettement comme entité clinique, dans un mémoire paru en 1906, dans les « Archives f. laryngologie n. Rhinologie » sous le titre « Sur un état d'irritation particulière des nerfs laryngés supérieur et inférieur ». Voici la première observation qu'il en publie.

« Une malade de 20 ans se plaint depuis 4 ans de douleurs dans le cou, généralement du côté droit, s'irradiant dans l'oreille, persistant parfois des jours entiers, disparaissant ensuite pour réapparaître. La voix est couverte depuis longtemps, léger catarrhe de la gorge et petite toux. La malade vient consulter pour ses douleurs.

« A l'examen, on note la perméabilité du nez, l'hypertrophie du pôle postérieur du cornet inférieur, des restes de végétations adénoïdes, une légère pharyngite latérale. La malade connaît si bien l'endroit de sa douleur qu'elle peut nettement l'indiquer avec la pointe d'un crayon. Ce point se trouve au milieu entre la corne de l'os hyoïde et le bord supérieur du cartilage thyroïde, à l'endroit où le nerf laryngé supérieur perfore la membrane thyro-hyoïdienne. »

Depuis BÖENNINGHAUS, la question a été reprise par un nombre restreint d'auteurs. Et nous n'avons guère trouvé dans la littérature médicale que les travaux de HUTTER à l'étranger, de notre maître HALPHEN en France, donnant une place de quelque importance à cette question.

« Apparaissant après la puberté, peut-être plus fréquente chez l'homme que chez la femme » (BÖENNIN-

CHAUSS), voici comment HALPHEN décrit cette névralgie si spéciale du laryngé supérieur :

« Les symptômes sont tout d'abord une douleur parfois assez vive, mais superficielle, siégeant dans la région cervicale antérieure périlaryngée, ou profonde, pharyngée, irradiant à la nuque, aux oreilles, aux muscles de l'épaule. Les mouvements de déglutition l'exagèrent, surtout la déglutition à vide, car la déglutition d'un gros bol alimentaire semble parfois la calmer.

La phonation peut être douloureuse. La voix le plus souvent normale peut exceptionnellement, et par à-coups, subir des faux pas : brusquement, au milieu d'un effort vocal, d'une conversation suivie, la voix s'enroue, et le malade, surpris, ne peut émettre aucun son. Ce faux pas ne dure pas. Il est dû à un défaut de tension de la corde vocale ». Cette douleur peut s'accompagner d'une sensation de démangeaison, de chatouillement. Et cette sensation entraîne un besoin irrésistible de tousser. Le malade ne peut discipliner cette toux « d'irritation laryngée » qui, le plus souvent sèche, ramène cependant parfois quelques glaires. Un effort trop violent peut provoquer une légère hémoptysie. La toux est nettement quinteuse et s'accompagne de cyanose de la face ; elle peut provoquer des nausées et parfois même des vomissements. Mais ce qui la différencie toujours de celle de la coqueluche, c'est l'absence constante de reprises.

Toutes les sollicitations extérieures, toutes les sollicitations tussigènes habituelles les provoquent. Sur-

tout nocturne, elle est réveillée par la position couchée ainsi que par les différences brusques de température. Parfois la toux existe seule sans aucune douleur. Quelquefois le besoin perpétuel de hemmer ou d'expectorer n'est qu'une variante de la toux.

Parfois la douleur prend le caractère causalgique. Continue, elle est comparée par les malades « à une brûlure, à un fer rouge qui de la base de la langue au sternum viendrait creuser les muqueuses ». (HALPHEN.) Signalons dès maintenant, car nous y reviendrons plus loin, que bien des symptômes peuvent se surajouter : soit d'origine nasale : crises d'éternuements, de larmoiement, sensation d'obstruction nasale, écoulement hydrorrhéique d'une ou des deux fosses nasales, soit d'origine laryngo-trachéobronchique.

Mais ce qui fait de la névralgie du nerf laryngé supérieur une affection autonome, c'est l'existence de caractères cliniques que nous allons maintenant décrire.

Le nerf laryngé supérieur est douloureux au niveau de son point d'immersion dans la membrane thyroïdienne, entre la grande corne du thyroïde et la corne de l'os hyoïde. La palpation profonde à cet endroit réveille non seulement une douleur pharyngée, mais un chatouillement et même une toux caractéristique et parfois une irradiation douloureuse à l'oreille. D'ailleurs, ce point douloureux peut ne pas se trouver à l'endroit typique où le nerf pénètre dans la muqueuse du larynx. Il peut se trouver déplacé vers

le bord du muscle sterno-cleïdomastoïdien où OPPENHEIM avait déjà trouvé le point névralgique chez des diabétiques faisant des crises laryngées.

BËNNINGHAUS a cru qu'il existait un deuxième point névralgique le long du récurrent. HUTTER a trouvé cet endroit rarement douloureux et croit qu'il s'agit d'une propagation de l'hyperesthésie le long de l'anse de Galien. Ce même auteur insiste beaucoup sur cette douleur limitée sur un seul point parce qu'en son absence on pourrait prendre pour une névralgie laryngée ce qui revient en réalité à d'autres affections (surtout pharyngite latérale et amygdalite chronique). Nous avons vu que BËNNINGHAUS insiste également sur ce fait que « la malade peut localiser sa douleur avec le pointe d'un crayon ». Ce signe est donc un signe pathognomonique. (HALPHEN).

Par ailleurs, le chatouillement du conduit auditif réveille souvent également la toux laryngée ; l'anesthésie du ganglion phéno-palatin et celle du laryngé supérieur font par contre disparaître ce prurit tussigène.

L'examen du pharynx est le plus souvent négatif. Mais pharynx et voile peuvent être rouges, ce qui inciterait un médecin non prévenu à étiqueter la lésion angine catarrhale et à chercher dans ce pseudo-catarrhe l'explication de la toux. Le spécialiste qui ne verra le malade que le lendemain, pourra ne plus constater aucune rougeur, ces modifications d'aspect de la muqueuse sont donc très passagères, car « elles sont dues à des phénomènes vaso-moteurs par irri-

tation des fibres sympathiques qui accompagnent le laryngé supérieur. » (HALPHEN).

La constatation d'une dilatation anormale du réseau veineux pré-épiglottique, dilatation que certains auteurs ont appelée varices, peut avoir la même pathogénie. Ces varices peuvent être modifiées par des pointes de feu et douleur et toux peuvent de ce fait disparaître. Cependant, pour HALPHEN, elles ne sont pas la cause des symptômes observés.

Enfin, fait capital, ces malades, algiques ou tousseurs, sont le plus souvent des déséquilibrés du système neuro-végétatif.

L'étude des réflexes sympathiques nous en fournit la preuve. Nous ne parlerons que de celui qui intéresse plus spécialement le laryngologiste : le réflexe naso-facial (P.-E. WEILL, JUSTER, LEVY-FRANCKEL) :

L'introduction du porte-coton imprégné d'un mélange irritant ou caustique dans la partie haute et postérieure des fosses nasales détermine au bout de quelques secondes du larmolement d'abord unilatéral puis bilatéral dans les cas intenses, avec injection de la conjonctive, principalement au niveau du segment inférieur et externe de la cornée. Il détermine de plus de l'hydrorrhée nasale en grande abondance, une rougeur des téguments débutant par l'aile du nez et pouvant gagner, quand le réflexe se généralise, les paupières, les pommettes, le front, la peau de la région cervicale qui devient quelquefois nettement ecchymotique ; on note également un mydriase du côté inter-

rogé, et parfois une paresthésie pharyngo-laryngée avec toux spasmodique.

Dans les cas intenses, le réflexe se généralise et devient naso-cardiaque avec installation d'un grand malaise (lypothymie, tachycardie, sueurs froides des extrémités, nausées).

Chez les sujets normaux ce réflexe est juste marqué par un peu de larmolement et de rougeur de la conjonctive. Enfin, il n'y a aucune réaction lorsque par la thérapeutique endonasale, le sujet a été désensibilisé.

A ce réflexe peut être adjointe l'étude des réflexes oculo-cardiaque, solaire, pilomoteur orthostatique. Ces recherches démontrent toutes l'hyperexcitabilité du système nerveux des patients « qui sentent plus que les autres, qui pour une cause en apparence légère ont des réactions extrêmement violentes... » (LAIGNEL-LAVASTINE).

Mais « ici, sans méconnaître les conditions de terrain et les prédispositions névropathiques qui peuvent amplifier démesurément sur l'écran mental les sensations périphériques, nous pensons que les terminaisons sensitives sont avant tout en cause », a dit VERNET en parlant des états dysesthésiques pharyngo-laryngés ; l'étude des conditions étiologiques dans lesquelles apparaît la névralgie laryngée supérieure va nous montrer qu'ici également la question de l'épine irritative locale ou à distance joue aussi un grand rôle.

« Apparaissant souvent aux détours d'une laryn-

gite ou d'une inflammation chronique du pharynx, elle peut accompagner le catarrhe aigu de ces régions », dit BËNNINGHAUS. Or, d'après HALPHEN : « l'étiologie est toujours la même. Quelques jours ou quelques semaines auparavant était survenue une grippe, une poussée de température, et à la suite de la fatigue, des courbatures ont persisté et une douleur d'angine ou une toux incessante s'est installée. »

Chez d'autres malades on peut noter une recrudescence de la toux avec chaque période menstruelle (l'influence des sécrétions internes dans l'éclosion de ces troubles était déjà notée par F. SEMON dans une étude « sur les troubles nerveux de la gorge dans la ménopause » en 1895). Chez certains sujets, le syndrome peut s'installer à la suite d'une crise d'asthme, chez d'autres l'éclosion d'un coryza le fait disparaître.

Mais nous avons déjà parlé de l'importance de « l'épine irritative » locale ou à distance dans l'étiologie de ce syndrome. Nous allons en aborder l'étude en signalant toutefois, que dans ces cas, s'il ne s'agit pas toujours des signes cliniques tels que nous les avons décrits, si même en réalité, il s'agit de syndromes très souvent disparates, il semble que l'on puisse en rattacher l'étude à celle de la névralgie laryngée, car ils présentent toujours avec celle-ci deux caractères communs : au point de vue clinique : signes constants de souffrance dans le domaine laryngé supérieur et domaine sympathique qui lui correspond, au point de vue thérapeutique : mêmes résultats obtenus (en dehors de traitements locaux de

petite importance) par l'anesthésie du laryngé supérieur et du ganglion sphéno-palatin.

On sait depuis LENNOYEZ que le spécialiste ne doit pas négliger l'examen de la muqueuse pituitaire où quelquefois l'ablation d'un gros polype flottant dans le méat moyen supprime en même temps la toux jusque là rebelle aux traitements habituels. A côté de la toux du pneumo-gastrique, toux physiologique, « acte réflexe dont le point de départ siège sur le territoire du X », cet auteur a décrit « une toux pathologique qu'éveille une fois sur cent seulement l'excitation de la pituitaire » due « à une irritation locale permanente ou répétée, à une excitabilité spéciale de l'organisme ». Or, cette toux « sèche, convulsive, progressive, irrésistible », est nettement sollicitée par « un picotement laryngé » ; le malade ne ressent aucun chatouillement nasal du genre de celui qui provoque l'éternuement et ce qui trompe c'est qu'il est fréquent chez les touseurs du nez d'observer une congestion du larynx à maximum interaryténoïdien et d'attribuer une valeur fausse à cette constatation. Tous les vieux touseurs sans distinction d'origine, irritent à la longue leur larynx en le secouant de quintes. »

Cependant, il ne faut pas que l'examen des fosses nasales fasse égarer le diagnostic, car LERMOYAZ signale que « l'examen des fosses nasales n'est pas toujours concluant. Si tantôt on trouve une grosse lésion (polype), tantôt la muqueuse nasale semble normale mais elle montre des points spasmogènes

dont le siège est assez variable ; le plus souvent ils siègent à la queue et à la tête du cornet inférieur ». D'ailleurs, HALPHEN a constaté que le simple attouchement de la muqueuse nasale chez ces malades réveille la toux et l'anesthésie du ganglion sphéno-palatin (queue du cornet moyen) montre que le plus souvent ce n'est pas une partie de la muqueuse qui est sensibilisée, mais que c'est l'épanouissement même des nerfs sensitifs des fosses nasales (fibres trigemino-sympathiques qui est la partie irritée.

Donc, à côté de la pituitaire, il faut savoir chercher ailleurs les causes d'irritation nerveuse ou sympathique ; nous abordons ici la question des paresthésies pharyngées desquelles beaucoup d'auteurs ont parlé, en particulier LE MARC'HADOUR et BOULAY, question dont l'étude a été reprise ultérieurement par VERNET, qui à la définition classique des paresthésies « sensations erronées ayant pour point de départ ou pour aboutissant la gorge », oppose la définition « sensations réelles, périphériques, ayant pour substratum anatomique un territoire nerveux déterminé et une représentation mentale variable ». Il semble en effet, d'après cet auteur, que « le temps des paresthésies-névroses soit passé » et « qu'il ne faut pas confondre en effet les exagérations d'interprétation qui se produisent chez certains sujets quand une sensation périphérique passe dans le champ de la conscience et les hallucinations sans point de départ organique décelable. » Ces dernières relevant uniquement du médecin psychiatre, les premières nous intéressent par

contre directement, et s'il faut chercher avec attention la lésion organique minime, « le trouble sensitif périphérique qui se projette sur l'écran metal avec des proportions infiniment variées suivant âge, sexe, conditions de vie, équilibre nerveux du sujet. »

Donc il y a une lésion argnique et il faut la rechercher : pour LE MARC'HADOUR et BOULAY, ce sont de petites lésions amygdaliennes (calculs en particulier, calcul enclavé dans une crypte du pôle supérieur produisant une distension à ce niveau) il peut s'agir d'une pharyngite latérale (HUTTER insiste également sur cette étiologie et signale l'importance d'une tonsillectomie dans les antécédents). LE MARC' HADOUR et BOULAY, AHOND dans sa thèse, citent également les adhérences des piliers antérieurs aux amygdales, l'hypertrophie de l'amygdale linguale, des restes de végétations adénoïdes. Et, sans admettre que l'état mental est la condition préalable nécessaire et suffisante à l'apparition du trouble nerveux, nous pouvons penser que toutes ces causes jouent un grand rôle et les fausses sensations, les irradiations inattendues, les algies obsédantes que les malades décrivent avec un luxe de détails tout particuliers, trouvent leur développement sur un terrain spécial de déséquilibre neuro-végétatif, dont l'étude des réflexes sympathiques fournit la preuve, ainsi d'ailleurs que la non-systématisation des troubles à un territoire nerveux déterminé.

Toutes ces considérations nous entraînent dans un domaine éloigné de la gestion des névralgies laryn-

gées et cependant combien en paraissent proches, pour ne pas dire plus, les cas auxquels elles ont trait si nous prenons connaissance de deux observations choisies au hasard parmi ceux-ci (empruntées à la thèse de AHOND sur les « paresthésies pharyngées »).

PREMIERE OBSERVATION. — (DOCTEUR AHOND).

« M. P., 43 ans. — « Pharyngite latérale ».

Se plaint de ressentir depuis 3 mois une gêne dans le côté droit de la gorge avec irradiation un peu douloureuse sur la partie postérieure du bord correspondant de la langue, au point de réunion du pilier avec le bord de la langue. Il est inquiet, anxieux. La douleur s'exagère par la déglutition à vide, est calmée au contraire par la déglutition des aliments. Rien d'anormal à la gorge; pas de crypte amygdalienne.

DEUXIEME OBSERVATION (LE MARC HADOUR et BOULAY). Publiée dans le rapport présenté au Congrès français O.R.L., 11 mai 1908. Sur les paresthésies pharyngées.

Mme R..., surveillante des hôpitaux, arthritique floride avec embonpoint.

Depuis cinq à six semaines, la malade a une toux quinteuse qui la fatigue beaucoup ; le soir surtout. A peine couchée elle est prise d'un picotement avec sensation de corps étranger qu'elle localise au larynx et qui l'oblige à tousser par quintes rappelant la coqueluche et allant parfois jusqu'au vomissement. L'auscultation ne donne pas l'explication de cette toux et toutes les médications calmantes et antispasmodiques ont été vainement tentées. Rien au larynx ni à la trachée ; rien au pharynx nasal ni aux amygdales. Les piliers postérieurs sont légèrement hypertrophiés et rouges, pas plus cependant que chez un grand nombre de sujets nullement incommodés.

A la lecture de ces observations, nous pouvons

même nous demander s'il ne s'agirait pas tout simplement de névralgie laryngée, étant donné que les auteurs n'ont pas recherché les points douloureux sur le trajet du nerf.

Après avoir étudié les cas où il y a lésion organique, mentionnons maintenant les cas limites où l'épine irritative ne pourra plus être retrouvée que comme souvenir d'un incident (traumatisme local tel que miette de pain, arête, etc.) depuis longtemps guéri, à propos duquel le terrain si spécial des malades aura développé un syndrome algique. Et il nous semble qu'à ce propos, on ne pourrait mieux choisir que le cas de cette femme dont parlait Montaigne : « Une femme pensant avoir avalé une épingle avecques son pain, criot et se tourmentoît comme ayant une douleur insupportable au gosier où elle pensait la sentir arrêtée, mais parce que il n'y avait ni enfleure ni altération par le dehors, un habile homme ayant jugé que ce n'était que fantaisie et opinion, prinse de quelque morceau de pain qui l'avait picquée en passant la fit vomir, et jecta à la dérobée dans ce qu'elle rendit une épingle tortue. Cette femme cuidant l'avoir rendue se sentit soudain deschargée de sa douleur. »

Et nombre de cas nous laisserons aussi perplexes que celui-là. Avant de les étiqueter nous aussi « fantaisie et opinion », et les envoyer au psychiâtre, sachons rechercher l'existence des causes organiques qui, comme nous l'avons vu au cours de ce chapitre, n'apparaissent pas toujours à un observateur même prévenu.

DIAGNOSTIC

Les aspects polymorphes de cette affection, rendent, on le conçoit dès lors facilement, son diagnostic très délicat. On se trouve en présence d'un malade apyrétique qui accuse ce mal de gorge particulier à savoir que contrairement à ce qu'on observe d'habitude, le trouble sensitif douloureux disparaît à la déglutition du bol alimentaire ; ce malade tousse et on n'en comprend pas les causes, l'examen physique ne donne pas ou peu de renseignements.

Il nous semble que la discussion du diagnostic doivent comporter différents points :

D'abord éliminer des syndromes douloureux paroxystiques connus : tic douloureux de la face, névralgie du glosso pharyngien, syndrome de Ramsay-Hunt, puis discussion plus délicate du diagnostic avec des syndromes sur lesquels l'accord semble ne pas être fait : les paresthésies pharyngées. Enfin, diagnostic de la toux, quand celle-ci existe seule, puis diagnostic des formes associées.

Le diagnostic comporte d'abord l'élimination de toute lésion susceptible d'être douloureuse au niveau du larynx (angines, pharyngites, laryngites) de la base de la langue, des cryptes amygdaliennes.

Etant donnés les travaux modernes, il nous semble que cette discrimination préalable étant faite, le dia-

gnostic devra se faire suivant des étapes bien distinctes : d'abord d'éliminer deux syndromes définis clairement et que des travaux très récents ont bien délimités, à savoir : la névralgie faciale surtout dans sa forme « tic douloureux de la face » et la névralgie du glosso pharyngien. Ce sera l'étape la plus facile à la condition d'étudier de très près les signes que présente le malade.

Puis, en second lieu, faire le diagnostic avec ce que VERNET décrit sous le nom de dyesthérie névrite des nerfs pharyngiens du pneumo-gastrique, en l'isolant des paresthésies pharyngées, syndrome si proche de la névralgie laryngée, lui semblant si souvent intriqué, que le diagnostic ne nous paraît devoir être souvent qu'un diagnostic de tendance. Chavaux et Welti, dans un article paru en 1932 dans la *Presse Médicale*, font ressortir ce fait que les recherches modernes ont montré que la symptomatologie paroxystique du tic douloureux de la face peut s'observer dans les névralgies du glosso-pharyngien et du laryngé.

Rappelons cette symptomatologie paroxystique de la névralgie qui pose d'importants problèmes, surtout dans les formes atteignant le nerf maxillaire inférieur. Voici comment la décrit TROUSSEAU :

« Le malade va tout à fait bien, il n'éprouve aucun mal, et cause comme tout le monde. Tout à coup, à la suite d'un mouvement, d'un frôlement de la joue, il est pris d'une souffrance horrible. Il cesse de pouvoir parler, se saisit la figure à pleines mains ; il

éprouve dans la figure une sensation de décharges électriques, de feu, de broiement, il gémit sans pouvoir parler. Cela dure 10, 20 secondes, rarement plus d'une minute. Alors les lancées diminuent puis disparaissent, la figure se détend, il n'y a plus de douleur... »

Ainsi, nous voyons avec quel soin il faudra étudier le point de départ de la douleur et son irradiation pour différencier ce tic douloureux de la forme causalgique de la névralgie laryngée. La coexistence de troubles sympathiques dans les deux affections complique le diagnostic. Il nous semble que seule la perception d'une douleur hyoïdienne bien délimitée permettra d'infirmer le diagnostic de tic douloureux. De même on éliminera par ce même signe les faits décrits par SICARD sous le nom de névralgisme facial.

Peut-être plus difficile encore apparaît le diagnostic qui se pose avec la névralgie du glosso pharyngien. Son étude a été reprise par de nombreux travaux modernes. Moins rare qu'on ne pourrait le supposer, elle risque d'être méconnue, si on n'y pense pas, d'autant plus qu'ici toux et douleur paroxystique réunies induisent d'autant plus en erreur.

Voici comment la décrivent CHAVANY et WELTI :

« Le mode d'apparition est brusque, sans cause apparente. Les crises présentent des caractères toujours à peu près identiques, ce sont des élancements douloureux, intermittents, séparés par des intervalles libres.

La douleur est très violente, explosive et déchirante.

Ces élancements ont un point de départ profond, sous l'angle de la mâchoire, à la base de la langue, dans la région glosso épiglottique, parfois dans la région tonsillaire et au niveau des gouttières latéro-pharyngées. Autour du foyer maximum l'algie peut présenter des irradiations diverses, soit dans la région sous-maxillaire, soit surtout au niveau de l'oreille

Les élancements sont strictement unilatéraux, ne durent que quelques secondes ; le paroxysme douloureux étant plus court que celui de la névralgie faciale. Puis la douleur cesse plus ou moins brusquement. Le paroxysme est alors suivi d'une phase d'inhibition. Les accès se répètent d'abord à intervalles plus ou moins espacés, puis croissent de fréquence et d'intensité, jusqu'au jour où le malade vient consulter. On se rend compte de l'intensité de la douleur, à l'expression d'atroce souffrance dont témoigne le facies crispé du malade, la tête fléchie en avant comme pour détendre les muscles du cou, la main se porte à la mâchoire dans un geste antalgique instinctif.

On note l'importance des causes provocatrices. L'algie peut survenir spontanément ou pour les causes les plus banales : paroles, baillement, toux, éternuement, mais surtout déglutition d'aliments solides, liquides ou de salive. Il semble qu'il existe une zone d'excitation de l'arrière-bronche ou le pharynx : c'est de là que part le réflexe douloureux. La cocaïnisation de cette trigger-zone suspend ou diminue l'importance des crises. L'examen en crise permet quelquefois de noter des phénomènes répercussifs dans le sym-

pathique céphalique. Examen neurologique et général sont négatifs.

Les périodes de paroxysmes sont séparées par des rémissions de durée plus ou moins longue. La névralgie ne guérit pas spontanément et finit par retentir sur l'état général. Elle peut être localisée à tout ou partie du territoire nerveux.

La forme complète la plus fréquente est la forme pharyngo-otitique. Mais il semble qu'il puisse exister des formes dissociées : pharyngées ou otitiques (névralgie isolée du nerf de JACOLSON donnant la forme otalgique décrite par REICHERT) formes d'algies vélo-pharyngées de SICARD et ROBINEAU. »

(Dans les cas où la douleur siégeant au niveau de l'oreille est particulièrement marquée, on éliminera le syndrome du ganglion géniculé de RAMSAY-HUNT et de SOUQUES, d'origine zonateuse, en recherchant les douleurs et les troubles sensitifs de la zone dite de RAMSAY-HUNT.

Ici encore la recherche du signe pathognomonique de la névralgie du nerf laryngé supérieur permet théoriquement de faire le diagnostic, mais devant des syndromes si voisins, l'hésitation semble souvent légitime. Cependant on conçoit l'importance du diagnostic pour l'institution d'un traitement essentiellement différent pour ces différentes affections.

Les travaux de LE MARC'HADOUR et BOULAY, ceux de VERNET, auxquels nous avons fait déjà place dans ce travail, viennent encore apporter des éléments de complication à un diagnostic dont nous venons déjà

d'indiquer quelques-unes des difficultés. En effet, bien souvent, un cas complexe viendra poser la question d'une paresthésie ou mieux d'une dysesthésie névrite des rameaux pharyngiens du pneumogastrique (en suivant la nosologie de VERNET). Et si nous étudions cette dysesthésie telle que la décrit l'auteur, nous sommes en droit de nous demander si sous ce nom, ce n'est pas d'une névralgie laryngée dont on nous parle. En effet :

« L'hyperesthésie des rameaux pharyngiens du pneumogastrique se manifeste par une sensation de brûlure, picotements, douleurs sourdes ou plus vives, avec parfois irradiations dans la zone du rameau auriculaire, ces sensations étant suivant les cas, calmées ou exacerbées par le froid ou par le chaud, mais répondant au caractère habituel des dyesthésies de disparaître pendant les repas ou à la déglutition des aliments solides. Cette hyperesthésie rendant le malade sensible aux moindres changements de température, s'accompagne de toux quinteuse, coqueluchoïde, durant de longs mois, toux rebelle à tous les calmants habituels. Les irradiations signalées parfois dépendent non de l'imagination du malade, mais de la distribution même des branches altérées ou de la topographie vasculaire du réflexe sensitif. Il peut y avoir des paroxysmes allant jusqu'aux nausées et aux vomissements », dit VERNET.

Ce diagnostic semble par ailleurs d'autant plus difficile à séparer de celui de Névralgie du N.L.S., que si la grippe est reconnue par tous, en particulier par

HALPHEN, comme une étiologie fréquente de la névralgie, ici encore, la grippe est fortement incriminée. D'ailleurs, « la grippe n'a-t-elle pas une prédisposition particulière pour la sensibilité du pneumogastrique en une quelconque de ses branches. » (VERNET).

Ici encore, le seul point différentiel est l'absence de douleur à l'immersion du nerf laryngé dans la membrane thyro-hyoïdienne. Mais nous pouvons nous demander s'il y a absence de douleur ou omission de la rechercher. Cependant, combien est-il important de faire le diagnostic, car ici le traitement conseillé (dont l'efficacité est reconnue) consiste en hydrothérapie, adrénaline, éserine, gargarismes, traitement insuffisant dans la névralgie laryngée.

En étudiant les paresthésies, nous avons vu qu'il faut éliminer les paresthésies névroses « hallucinations sensorielles de l'ordre vésanique ou délirant qui semblent être la projection d'une image mentale. » (Maurice VERNET). Mais combien difficile sera en pratique, de dire s'il y a névrose ou lésion organique minime à la base des troubles.

Enfin, il faudra éliminer les névrites avec douleurs névralgiques dans le territoire du nerf signalées par LUYT et ESCAT au début de la P. G., signalée par OPPENHEIM dans le tabès.

Nous insisterons beaucoup moins sur le diagnostic des toux spasmodiques. En effet, nous n'avons pas à revenir sur l'étape initiale du diagnostic : reconnaître l'origine laryngée de la toux. Par ce qui précède, sont éliminés aussi les cas où à la toux spasmodique

est ajouté l'élément douleur. Restent les cas moins fréquents où seule existe la toux. Si la douleur au point hyoïdien existe, le diagnostic devient aisé. Si elle manque, peut-être s'agit-il d'une « toux nasale » (LERMOÏSZ). Et nous croyons avoir montré que dans ce cas il est soulevé des problèmes en partie théoriques sur les algies sympathiques que nous ne pouvons actuellement résoudre.

Enfin, nous terminerons ce chapitre de diagnostic différentiel, en rappelant ce que nous avons dit à l'étiologie et ce que nous redirons au traitement : qu'une pharyngite, une amygdalite chroniques peuvent donner une névralgie laryngée, donc que ces affections ne posent pas seulement un problème d'étiologie ou de diagnostic différentiel, mais une question d'association qui imposera une double sanction thérapeutique.

THERAPEUTIQUE

Nous avons vu toutes les formes que peut prendre la névralgie laryngée supérieure depuis le cas où simple névralgie, elle occupe tout le tableau clinique, jusqu'à ceux où elle ne constitue qu'un épiphénomène au cours d'un syndrome sympathique qui peut revêtir différents masques.

Depuis Bœuninghaus qui conseillait le massage du point laryngé, les traitements proposés diffèrent avec les auteurs.

LE MARC'HADOUR et BOULAY conseillent l'huile mentholée en badigeonnages, la suggestion (en faisant la part de névrose constante qu'ils admettent dans les syndromes décrits).

HUTTER, dans un travail paru en 1929, prescrit le massage déjà signalé, la galvanisation, l'infiltration du nerf à la cocaïne soit par voie externe soit par voie interne. Mais il semble préférer à cette infiltration un badigeonnage endo-laryngé avec une solution à 20 % de cocaïne et d'alcool. Pour HALPHEN, la véritable algie du laryngé supérieur une fois installée réclame une thérapeutique locale mais surtout deux thérapeutiques « héroïques » l'anesthésie du laryngé supérieur par piqûre d'alcool, l'anesthésie des fibres sympathiques par badigeonnages cocaïnés ou infiltration d'alcool du ganglion sphéno-palatin.

I. ANESTHÉSIE DU NERF LARYNGÉ SUPÉRIEUR

Appliquant au larynx la méthode d'anesthésie régionale réalisée par les injections dans le nerf sus-orbitaire par SCHLOSSEN, dans le trijumeau par SICARD, PITRES et VERGER, BRAUN en 1905 proposait l'injection de cocaïne au niveau du laryngé supérieur.

En 1908 : HOFFMANN substitue alcool à cocaïne. Depuis de nombreux auteurs ont précisé la technique de l'injection et la nature du liquide à injecter. Nous n'insisterons pas plus longtemps sur ce côté historique de la question.

Nous nous bornerons à rappeler brièvement la technique employé actuellement pour l'anesthésie du nerf technique devenue d'un emploi usuel depuis que l'anesthésie du laryngé est journellement employée pour traiter l'odynphagie des laryngites tuberculeuses.

Après des soins préalables de désinfection locale, on pratique l'injection dans la fossette thyro-hyoïdienne sur le malade assis ou couché. La voie latérale est préférée car elle permet le choix du point d'injection entre les deux cornes, et de trouver plus sûrement le nerf laryngé supérieur avant sa pénétration dans la membrane thyro-hyoïdienne. On repère os hyoïde et cartilage thyroïde. On enfonce l'index de la main droite dans l'espace inter-thyro-hyoïdien jusqu'à ce que le malade indique un point douloureux

après avoir fait saillir latéralement le côté douloureux du larynx. C'est au niveau de ce point douloureux qu'on enfoncera peu à peu l'aiguille d'abord superficiellement parallèle à la peau puis perpendiculaire à celle-ci, sous le muscle thyro-hyoïdien jusqu'à un centimètre de profondeur où elle bute sur la membrane thyro-hyoïdienne. Le nerf se trouve à ce niveau (La profondeur varie suivant l'épaisseur du tissu adipeux sous-cutané).

On imprime à l'aiguille de légers mouvements de latéralité et, après quelques tâtonnements le contact avec le nerf se manifeste par une douleur irradiée dans l'oreille. On pousse lentement l'injection, tandis que le malade évite de parler et d'avaler.

HALPHEN préconise l'emploi d'alcool à 90°, froid, car son injection immédiate au contact du nerf, en réveillant la douleur, permet de contrôler l'application de la technique et d'en prévoir l'efficacité.

L'alcoolisation du nerf est rarement inefficace. Si algies et toux persistent, nous pouvons dire que c'est la piqûre d'alcool qui n'a pas atteint le nerf. Il y a eu une faute de technique, car si l'intervention est bénigne, elle est souvent difficile.

Les échecs sont dus : soit à un mauvais repérage, soit à une injection poussée trop superficiellement (au moment de l'injection le malade accuse une douleur superficielle en nappe très violente, sans irradiation auriculaire : l'injection a été faite dans le tissu cellulaire sous-cutané), soit à une injection poussée trop profondément (dès les premières gouttes, le malade se

plaint de brûlure dans la gorge, accompagné fréquemment de toux réflexe : l'injection a été poussée dans le pharynx). Enfin, quelquefois le malade accuse une douleur passagère localisée au larynx et accrue par les mouvements de ce dernier. Elle est due à ce fait que l'injection a été poussée trop en dedans vers la ligne médiane ou dans les muscles du larynx.

La piqûre présente une inocuité complète. Seul, parfois, un léger engouement au moment des repas, faux-pas de la déglutition, d'ailleurs très passager est signalé.

Mais jamais de complications ultérieurement telles que engouement persistant, pneumonie de déglutition, sphacèle.

La littérature médicale ne signale pas d'accidents. A. BLOCH et LEMOINE signalent cependant une paralysie de la douzième paire avec hémiatrophie linguale par injection d'alcool dans la région laryngée supérieure chez un malade présentant des douleurs laryngées. Mais le malade a subi en quatre ans trois cents injections d'alcool ayant abouti à un bloc cicatriciel, dur, adhérent au larynx. Pour HALPHEN, dans ce cas, la syphilis serait à incriminer à la fois pour l'hémiatrophie et les douleurs laryngées. En Allemagne, quelques accidents ont été signalés (parésie faciale par KLEDSTADT), mais n'ont jamais été retrouvés par la suite.

OBSERVATION (Max Levy, présentée par BRUHL, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, le 20 juillet 1923) :

Le 5 avril 1923, Mme Marguerite G..., 72 ans, présentant des crises de douleurs intenses dans la région laryngée droite, entre à l'hôpital. La maladie a commencé trois mois plus tôt par de la gêne douloureuse laryngée, avec légère modification de la voix, sans douleur à la déglutition. Puis les crises douloureuses sont devenues de plus en plus intenses, survenant toutes les deux heures, sauf la nuit où elles sont moins nombreuses. Puis apparaissent trois à quatre crises par heure, spontanément ou provoquées par toux, parole. Pendant l'accès (quelques minutes) : la malade comprime sa région douloureuse, ne peut faire aucun mouvement de rotation de la tête, ne peut déglutir même sa salive. Dans l'intervalle des paroxysmes, les mouvements de rotation sont difficiles, la voix légèrement enrouée. Pas de douleur à la déglutition des aliments.

Malgré les crises douloureuses, bon état général. Cependant, toux légère avec expectoration mousseuse.

A l'examen de la région cervicale, les téguments d'apparence normale ne montrent aucune déformation ; douleur localisée à la palpation de la grande corne hyoïdienne. Douleur irradiant à l'oreille droite.

Aspirine sans effet.

Alcoolisation du laryngé supérieur droit :

2 cc. d'alcool cocaïné au contact du nerf amènent disparition de la douleur le soir même et la sédation des crises, trois jours après.

Il ne persiste qu'une légère douleur à la pression, la tête redevient mobile aucune gêne à l'alimentation.

Examinée par Halphen un mois après :

Pas de cryptes amygdaliennes.

Pas de grosse amygdale linguale.

Voix aérienne supérieure et oreille : examen négatifs, montrent qu'il s'agit d'une névralgie réflexe.

La titillation du conduit auditif ne provoque pas de toux.

Sensibilité du larynx normale. Pas de zone d'hyperthésie au porte-coton.

On peut se demander si cette malade ne présentera pas, ultérieurement, une des manifestations de l'hyperthésie laryngée (vertige laryngé, toux coqueluchoïde, ictus laryngé).

II. ANESTHÉSIE DU GANGLION SPHÉNO-PALATIN

Mais les malades timorés refusent souvent une piqûre. On peut alors pratiquer chez ces « inquiets » un badigeonnage au mélange de Bonain de la queue du cornet moyen. A ce niveau, le sympathique est presque sous la muqueuse.

L'anesthésie par inhibition est presque immédiate et ses effets se font sentir jusqu'au niveau du larynx.

Douleur et toux peuvent disparaître après trois ou quatre badigeonnages pratiqués à trois ou quatre jours d'intervalle.

D'autre part, une piqûre d'alcool, pratiquée à travers la queue du cornet moyen dans la région d'épanouissement des fibres trigemino-sympathiques (nerf maxillaire supérieur, nerf vidien, nerf sphéno-palatin) peut également atteindre les fibres du sphéno-palatin et agir à distance sur l'orifice laryngé.

Les observations permettent de vérifier ces faits.

OBSERVATION I. — (Professeur Halphen) :

M. J. D., avocat, a eu la grippe huit jours auparavant. Grosse température, anorexie, asthénie. Depuis, une toux incessante l'empêche de faire le moindre effort, de causer et même de dormir. Parler devient une impossibilité et réveille non seulement un picotement pharyngé, mais une sensation de constriction cervicale. L'examen du larynx est rendu difficile par des réflexes exagérés mais ne montre rien d'anormal.

On pratique l'anesthésie au Bonain du ganglion sphéno-palatin. La sensation de bien-être est immédiate. La voix paraît sortir plus claire, pour le patient lui-même.

La toux est réduite à quelques brèves secousses et n'est plus pénible. L'examen du pharynx et du larynx est devenu très aisé.

La guérison s'est maintenue.

OBSERVATION II. — (Professeur Halphen) :

M. P. M., 48 ans, présente une toux coqueluchoïde depuis plusieurs semaines. Les médecins consultés se sont même demandés s'ils n'avaient pas devant eux un véritable cas de coqueluche. Chez ce malade, le nerf laryngé supérieur est nettement sensible à la pression. A l'examen, on découvre un petit myxome à la partie postérieure du méat moyen. M. M., a déjà eu des myxomes qu'on lui a enlevé à plusieurs reprises. L'ablation de ce petit polype est immédiatement pratiquée et immédiatement (du fait de l'ablation du polype ou de l'anesthésie ?) la sensation de chatouillement disparaît ainsi que la toux quinteuse.

Pendant 8 jours, cependant, une petite toux sèche non pénible a persisté. Huit jours après, la guérison était complète.

OBSERVATION III. — Mme Q., présente, depuis plusieurs années de la rhino-pharyngite avec de la toux qui, depuis quelques semaines, a pris le type coqueluchoïde. Cette toux survient surtout le matin, au réveil et le soir en se mettant au lit. La moindre contrariété la fait revenir et les cornets sont volumineux et très au contact de la cloison.

Comme traitement d'épreuve, nous cocaïnisons toute la pituitaire et glissons un tampon imprégné de Bonain sous le cornet moyen. Mme G., huit jours après ne tousse plus et ne ressent même plus d'obstruction nasale.

OBSERVATION IV. — (Professeur Halphen) :

Le docteur C., se présente à nous avec une toux qui dure depuis plusieurs mois. Aucun traitement n'a pu le

soulager (ablation de la luette, très allongée, au serre-nœud galvanique, installations nasales).

Le docteur C., gros fumeur, a toutes les apparences de la bonne santé. Cette toux a débuté il y a quatre mois après un fort accès de grippe. Elle survient le matin, au réveil, dès que le patient prend la position verticale, dans les salles surchauffées ou en passant du froid au chaud, après les repas. Elle est précédée d'une irritation de l'arrière-gorge comparable à un prurit ; le moindre baillement la déclanche. Elle s'accompagne d'une abondante expectoration. Trois applications de Bonain furent nécessaires pour l'atténuer, la modifier, puis la faire disparaître.

Même les sécrétions que le patient disait sentir venir de sa trachée ont disparu pour ne plus revenir. L'angoisse qui empêchait notre confrère de pénétrer depuis quatre mois dans une salle de spectacle est complètement partie, et a fait place à une sensation de véritable bien-être.

OBSERVATION V. — M. R., professeur, tousse sans arrêt depuis un gros coryza, actuellement guéri. La cloison est fortement déviée. Son laryngé supérieur un peu sensible.

L'anesthésie du sympathique fait disparaître la toux dès la première application. Une légère céphalée occipitale et rétroorbitaire, un hémage continu cédèrent à la deuxième application.

OBSERVATION VI. — Mlle B., 16 ans, présente depuis plusieurs semaines une toux coqueluchoïde qui a fait d'abord poser le diagnostic de coqueluche, diagnostic ensuite écarté à cause de l'absence de reprises. Le nez est complètement obstrué et un écoulement hydropurulent persiste, depuis le début de l'affection. L'anesthésie

du ganglion sphéno-palatin pratiquée à deux reprises à huit jours d'intervalle, amène la sédation des symptômes.

OBSERVATION VII. — Mme M. a eu autrefois le rhume des foins. Depuis, elle présente fréquemment des crises d'hydrorrhée nasale avec céphalée surtout occipitale. Enfin, elle vient nous consulter pour une toux incessante, toux d'irritation que le chatouillement du conduit auditif réveille, ainsi que la pression, au point d'immersion du nerf.

L'anesthésie nasale améliore tous ces symptômes.

OBSERVATION VIII. — M. D., présente une toux coqueluchoïde depuis trois mois, mais se refuse à tout traitement. Un coryza aigu fait disparaître brusquement et sans qu'elle revienne (revu six mois après), la toux d'irritation.

OBSERVATION IX. — M. C., professeur, est également guéri d'une toux spasmodique qui survenait en même temps qu'un hémispasme facial et palpébral. Une demi-heure après l'attouchement au Bonain, l'envie de tousser avait disparu, mais était remplacée par une sensation de brûlure pharyngée qui, le troisième jour, disparut également, ainsi que les spasmes et n'a plus reparu depuis.

OBSERVATION X. — M. H., tousse depuis plusieurs mois et présente même de petites crises de vertige lorsque les quintes ont duré trop longtemps. La luette est fortement allongée. Les réflexes sont très exagérés, l'examen du pharynx presque impossible, l'attouchement de la pituitaire provoque une grande crise de larmoiement.

Mais le mélange de Bonain ne semble pas devoir faire

cesser cette toux qui empoisonne l'existence du malade. Aussi, proposons-nous l'alcoolisation du laryngé supérieur. Immédiatement, après l'examen du pharynx et du larynx est rendu aisé et, pendant un mois, la toux a presque complètement disparu. Une deuxième piqûre pratiquée alors eut raison des dernières quintes.

Depuis, M. H. est resté guéri.

Nous voyons, par cette dernière observation, que la combinaison des deux traitements : anesthésie du nerf, anesthésie du ganglion sphéno-palatin, se montre nécessaire et particulièrement efficace dans les cas rebelles.

AUTRES APPLICATIONS DE CETTE THERAPEUTIQUE

Bien qu'il existe de nombreuses zones tussigènes (pharynx, voile, fosses nasales, conduit auditif) qui relèvent du pneumogastrique, du trijumeau et même du plancher du 4^e ventricule, le plus souvent la toux spasmodique prend son origine dans une irritation de l'entonnoir laryngé et c'est en anesthésiant cette région que, presque toujours, on arrive à la vaincre. Or, si l'on étudie la thérapeutique de la coqueluche ou de la trachéite, on est frappé de voir que l'on n'ait pas songé, pour calmer ou supprimer la toux dont l'origine spasmodique laryngée apparaît cliniquement évidente, à recouvrir, en dehors de l'emploi des opiacés et des antispasmodiques, à une intervention directe sur le laryngé supérieur.

Notre maître, le professeur HALPHEN a donc appliqué la même thérapeutique préconisée pour les névralgies laryngées, à ces affections.

La crainte d'empêcher par l'anesthésie du laryngé supérieur le rejet des mucosités s'étant montrée quelque peu exagérée par la pratique, il prescrit d'anesthésier le nerf dès la confirmation du diagnostic.

Chez le coquelucheux, la piqûre déclanche immédiatement une quinte formidable et tout à fait typique.

Les bons résultats obtenus, l'innocuité absolue de

la méthode permettent, d'ailleurs, de renouveler l'anesthésie transitoire du laryngé supérieur autant de fois que l'exigent la persistance ou la réapparition de la toux spasmodique.

Voici, à titre documentaire, quelques-unes de ses observations :

OBSERVATION I. — (Professeur Halphen).

Cyril H., âgé de 6 ans, atteint de coqueluche depuis 12 jours, fait 15 quintes par 24 heures, avec vomissements. La première injection, bilatérale est pratiquée le 14 janvier. Elle est suivie d'une quinte très violente. Ce même jour, les quintes augmentent de fréquence et d'intensité. On en compte 20, très violentes, dans la journée. Le 15 janvier, cinq quintes ; le 16, quatre quintes que l'enfant arrive à modérer. Les 17, 18, 19, 20, 21, pas de quintes, celles-ci sont remplacées par une toux légère sans aucun caractère spécifique et n'entraînent pas de vomissements.

Le 22, réapparition des quintes ; on pratique une nouvelle injection : les quintes disparaissent définitivement. Le 29 janvier, c'est-à-dire 15 jours après la première injection, l'enfant part à la campagne. La guérison paraît complète.

OBSERVATION II. — (Professeur Halphen) :

Jeanne H., 4 ans. Coqueluche datant de huit jours. 12 quintes par jour. La première injection d'alcool le long du laryngé supérieur est pratiquée le 5 janvier. Le jour même, l'enfant n'a plus que 6 quintes. Le lendemain, le surlendemain et pendant huit jours, l'enfant n'a plus quotidiennement que ce nombre de quintes. A ce moment, c'est-à-dire le 13 janvier, les quintes sont de nouveau plus nombreuses, mais elles sont moins douloureuses et ne sont plus accompagnées de vomissements. On ne pratique pas de nouvelle injection. Au

bout de quatre jours, cette recrudescence s'apaise ; le nombre journalier des quintes n'est plus que de quatre. De plus, la petite malade modèle et jügule celles-ci. Le 25 janvier, c'est-à-dire 20 jours après l'injection, l'enfant est complètement guérie.

OBSERVATION III. — (Hôpital Trousseau) :

Röger R., 6 ans. Coqueluche remontant à six semaines. 5 à 6 quintes par jour. Injection bilatérale pratiquée le 30 octobre. L'enfant est revu le 21 novembre. Il ne tousse plus du tout depuis 15 jours.

OBSERVATION IV. — Edouard D., 4 ans. Coqueluche datant de 5 semaines. 10 quintes par jour accompagnées de vomissements. L'enfant reçoit l'injection le 30 octobre. Celle-ci est suivie d'une quinte caractéristique. L'enfant est revu au bout de huit jours. Il n'a plus que trois quintes par jour, sans vomissements ni caractères nets.

OBSERVATION. — (Professeur Halphen).

B. A., 27 ans. Tousse depuis deux mois sans rémission. S'est fait à plusieurs reprises examiner, ausculter, radioscopier, radiographier. Chaque fois le diagnostic a été le même : rhino-pharyngite, trachéite, toux pharyngolaryngée.

L'examen nous montre quelques villosités inter-aryténoïdiennes, une grosse amygdale linguale, une paroi pharyngée rouge à tendance hypertrophique.

Les médications habituelles n'amenant aucune sédation chez ce malade qui perd l'appétit, maigrit, se neurasthénise, on pratique une injection d'alcool le long du laryngé supérieur.

Deux jours après : ne tousse plus. Un mois plus tard, la guérison est demeurée complète.

Enfin, étant donné que « l'irritation sympathique a des répercussions lointaines : céphalées parfois à caractère causalgique, coryza spasmodique, vertiges qui peuvent en être la conséquence au même titre que la toux », étant donné, d'autre part, que chez les malades atteints d'ictus laryngé, HALPHEN a toujours constaté la triade symptomatique :

1. Hypersensibilité du conduit auditif, hypersensibilité que montre le simple attouchement du conduit par le speculum ou le porte-coton et qui entraîne, sinon l'ictus, au moins la toux spasmodique.

2. Sensibilité très nette du nerf laryngé supérieur au niveau de son point d'immersion dans la membrane thyro-hyoïdienne, sensibilité à la palpation profonde qui réveille, soit une sensation douloureuse, soit la sensation de chatouillement qui précède l'ictus.

3. Exagération du réflexe oculo-cardiaque (Lian).

Il a pensé que si l'on ne retrouve aucune lésion pathogénique (manœuvres laryngées, traumatismes, lésions pharyngées, tabès, tumeurs, lésion récurrentielle), on est forcé d'en chercher la cause ailleurs. Et comme « dans l'ictus laryngé l'irradiation ou plutôt le réflexe gagne les centres bulbaires, expliquant la syncope, l'éclipse psychique, l'anémie cérébrale et la stase veineuse ». Si donc, on porte un anesthésique ou un topique au contact du nerf laryngé supérieur, on supprime la voie réflexe, « on détruit la sensibilité du nerf, on diminue ses réactions comme la toux, la douleur, comme la crise paroxystique d'ictus ou de vertige laryngé ».

D'ailleurs, AVELLIS signalait déjà en 1903, cette liaison étroite entre l'ictus laryngé et les algies du nerf, en citant un ictus laryngé (symptomatique d'une coqueluche) par « irritation du laryngé due à la toxine de la coqueluche ».

Nous nous bornerons à rapporter dans ce travail une seule des belles observations publiées par HALPHEN, dans les « Archives de Laryngologie ».

Elle montre, quelle que soit la pathogénie de l'ictus que l'on admette, que le spécialiste, par cette thérapeutique si simple qu'est l'alcoolisation du laryngé, peut rendre de grands services, à des malades chez lesquels les différents traitements se montre souvent fort décevants.

OBSERVATION D'ICTUS (HALPHEN-AUBIN)

publiée dans les Archives de laryngologie (1924)

Il s'agissait d'un homme de 40 ans venant consulter pour accès de toux suivis d'ictus.

Le début remonte à 12 ans. Le malade a une sensation de chatouillement très intense localisé à la région trachéale et sous-glottique entraînant rapidement 2 à 3 semaines de toux sèche, irrésistible, puis une crise de suffocation, d'étouffement accompagnée de cyanose, turgescence des veines du cou. Alors le malade tombe brusquement sans connaissance. Dans sa chute, il lui arrive de se blesser. La perte de connaissance ne dépasse pas 1 minute. Il se relève, est

encore agité d'un léger tremblement mais peut même reprendre son travail. Prévenu par son chatouillement et sa toux spéciale et bien distincte des quintes de toux qu'il doit à une bronchite chronique, le malade a le temps de s'asseoir et de prévenir ainsi sa chute, mais souvent l'accès se borne à la quinte de toux. Jamais de cri initial, d'aura, de morsure à la langue, d'émission d'urines.

Les crises surviennent surtout le jour, rarement la nuit, se répètent environ 1 à 2 fois par semaine.

A Lariboisière, a subi l'ablation des amygdales comme thérapeutique des crises, mais les accès n'en ont subi aucune modification. A l'examen, on note : volumineuse amygdale linguale, rouge, tomenteuse. Cordes légèrement rosées, difficiles à voir par l'existence d'un violent réflexe nauséux. A l'auscultation : quelques symptômes légers de bronchite chronique.

R. O. C. : aucun renseignement.

Examen du système nerveux : négatif.

Hyperesthésie du conduit auditif externe.

Le malade ne peut se nettoyer le conduit sans tousser.

La pression du L.S. n'entraîne pas de douleur.

Le moindre attouchement externe du larynx (cricoïde surtout) déclanche une crise de toux.

Injection d'alcool du nerf laryngé supérieur. Soulagement immédiat.

Les quintes de toux disparaissent complètement.

Au bout de un mois, un ictus sans quintes de toux annoncé seulement par léger chatouillement de la ré-

giou pharyngolaryngée restée anesthésiée; l'attouchement de l'amygdale linguale de l'épiglotte et du vestibule laryngé avec un porte-coton n'entraînent ni toux, ni ictus. La guérison peut n'être pas durable. Mais la thérapeutique simple est aisément renouvelable sans inconvénient pour le malade.

Nous venons de voir, par ces observations diverses, quel recours a le spécialiste dans les alcoolisations laryngées et l'anesthésie sphéno-palatine. Mais ces médications ne devront pas faire négliger les traitements locaux habituels : cautérisation au galvano-cautère des varices épiglottiques, les badigeonnages à la cocaïne ou au nitrate d'argent, du larynx, les aspirations de poudre cocaïnée, scuroformée, opiacée. Si ces méthodes se montrent trop souvent insuffisantes ou d'action passagère, elles constituent cependant un traitement non négligeable.

CONCLUSIONS

Conclusions anatomiques.

1. Le nerf laryngé supérieur prend, dans la thérapeutique laryngologique, une importance sans cesse accrue, aussi est-il nécessaire de le bien connaître.

2. L'importance que les travaux modernes ont donnée à la pathologie du sympathique explique la nécessité de bien connaître les connexions sympathiques du nerf.

3. Le nerf laryngé supérieur est extrêmement variable, ce qui explique l'apparent échec des piqûres anesthésiantes dans certains cas ces piqûres n'ayant pas atteint le nerf.

Conclusions cliniques.

1. Il faut savoir penser aux syndromes sympathiques si polymorphes adjoints à la névralgie laryngée et adjoindre à l'alcoolisation du nerf l'anesthésie du ganglion sphéno-palatin, seul point du sympathique cervical accessible au toucher.

2. Cette thérapeutique, outre son emploi classique

dans l'odynphagie des tuberculeux laryngés et des cancéreux laryngés, trouve son indication dans :

- Les névralgies du nerf laryngé supérieur,
- Les toux spasmodiques, celles de la trachéite et de la coqueluche en particulier.
- L'ictus laryngé essentiel.

VU, *Le Doyen* :

G. ROUSSY.

VU, *Le Président de la Thèse* :

LEMAITRE.

VU et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

I. — Anatomie.

HOVELACQUE. — Nerfs craniens.

TESTUT ET JACOB. — Anatomie topographique.

POIRIER. — Anatomie.

CAZEJUST. — Recherches sur la topographie du laryngé supérieur au lieu d'élection de sa névrotomie.

Revue de laryngologie, Paris 1922, p. 62-68.

GIGNOUX. — L'innervation sensitive du larynx.

Archives de laryngologie, Paris 1913, p. 783-95.

VIELA. — Anatomie du laryngé supérieur.

Revue O. R. L. de Bordeaux, novembre 1932, p. 1159-1175.

TERRACOL. — L'innervation vasomotrice du larynx (1932). *Annales O. R. L.*

RAMADIER ET VIGNES. — Le nerf laryngé supérieur.
Gazette des hôpitaux, 27 septembre 1913.

HERBET. — Sympathique cervical. (Thèse Paris 1900.)

CHABRIER ET BONNET. — Névrotomie du laryngé supérieur. (Société anatomique de Lyon, 12 février 1912.
Presse médicale, novembre 1912.)

G. LAUX ET J. CABANAC. — Note sur l'anatomie du nerf laryngé supérieur (*Annales d'anatomie pathologique*, mars 1930, p. 378-379.)

- CABANAC ET AZÉMAR. — Les origines sympathiques du nerf laryngé supérieur (*Revue de laryngologie, otologie, rhinologie*, 1932, n° 9 et *Annales O. R. L.*, n° 10, octobre 1932.)
- ZIEGELMANN (Edward). — Les nerfs laryngés. (*Archiv. of Otologie*, Chicago, 18 décembre 1933.)
- HÉDON. — Innervation vasomotrice du larynx. (*Archives de laryngologie*, 1906, p. 840.)

I. — *Pathologie.*

- H. BOURGEOIS. — Névralgie laryngée (in: *Nouveau traité de médecine*, Roger Widal et Teissier, vol. XI, p. 147, Masson 1923.)
- MAX LÉVY. — Névralgie du nerf laryngé supérieur. (*Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1923 (20 juillet), p. 451.)
- E. HALPHEN. — La névralgie du nerf laryngé supérieur (*Médecine*, janvier 1927.)
- E. HALPHEN. — Algies du laryngé supérieur et toux spasmodique d'origine sympathique. *Revue oto-neuro-oculistique*, tome III, n° 4, avril 1925.
- E. HALPHEN. — Toux spasmodiques. (*Bulletin et mémoires Soc. méd. hôpitaux Paris*, 30 novembre 1928, t. LII, n° 33.)
- E. HALPHEN. — De la névralgie du laryngé supérieur, comme complication de l'épidémie actuelle de grippe. (*Bulletin et mémoires Société méd. hôpitaux Paris*, séance du 8 février 1924.)
- E. HALPHEN ET BAUDOUIN. — Asthme infantile et anesthésie du sympathique nasal (*Annales O. R. L.*, 1926, p. 196.)

- JEAN GIROU. — Des applications du reflexe oculo-cardiaque en rhinologie (contribution à l'étude des réflexes vaguesympathiques. (*Annales maladies de l'oreille*, 1925, p. 343.)
- P.-E. WEILL, LÉVY FRANKEL, JUSTER. — Le réflexe nasofacial. (*Bulletin et mém. Soc. méd. hôpit. Paris*, 7 juin 1923.)
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Pathologie du sympathique. Essai d'anatomie physio-pathologique clinique. Paris-Alcan, 1924, in-8.
- BOULAY. — Des paresthésies pharyngées (*Presse médicale*, 21 mars 1906.)
- E. HALPHEN. — De l'anesthésie du nerf laryngé supérieur appliquée au traitement de certaines toux spasmodiques. (Congrès français O. R. L., Paris, mai 1921.)
- LÉVY F. ET BAUDOUIN. — Les névralgies et leur traitement. (Baillière, 1908.)
- AHOND. — Les paresthésies pharyngées. Thèse, Paris 1907.
- BOULAY. — Sur deux cas de paresthésie pharyngée (*Mém. de la Société franç. de laryngologie*, 1895.)
- G. BOENNIGHAUS. — Sur un état d'irritation particulière des nerfs laryngés supérieur et inférieur. (*Archiv. f. Laryngologie und Rhinologie*, 1906, t. XVIII, n° 2, et *Annales des maladies des oreilles*, novembre 1907).
- A. BLOCH ET J. LEMOINE. — Paralysie du XII avec hématurie linguale par injection d'alcool dans la région du laryngé supérieur. (*Annales O. R. L.*, 1929.)
- HUTTER. — Contribution à l'étude de la névralgie du laryngé supérieur. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, t. LXIII, n° 4 avril 1929.)

J. CELLES. — Le nerf laryngé supérieur (Thèse Bordeaux 1912-13.)

CHEVRIER ET CAUZARD. — L'analgésie et l'anesthésie du larynx par la cocaïnisation des nerfs laryngés supérieurs. (Paris, Vigot, 1907.)

AVELLIS. — Ictus laryngé comme symptôme de la coqueluche chez un adulte. (Archiv. f. Laryngologie, Band XIII, Heft 3, 1903.)

RÉGULES. — Le syndrome sympathique laryngé (Société O. R. L. du Rio de la Plata. *Annales O. R. L.*, 1933.)

E. HALPHEN. — Ictus laryngé essentiel, guéri par l'alcoolisation du nerf laryngé supérieur. (Archives intern. de laryngologie, Paris 1924.)

E. HALPHEN, AUBIN. — L'ictus laryngé essentiel et son traitement par l'anesthésie du nerf laryngé essentiel. (Archives int. de laryngologie, 1922.)

LERMOYEZ. — Sur la toux nasale (*Annales malad. oreilles*, septembre 1907.)

E. HALPHEN. — Rapport sur le syndrome du ganglion sphéno-palatin (*Annales O. R. L.*, 1926, p. 96.)

Maurice BOULAY ET H. LE MARC'HADOUR. — Les paresthésies pharyngées. (Rapport présenté au congrès français O. R. L., 11 mai 1908. In *Annales malad. oreilles*, mai 1908.)

PORTMANN ET LEDUC. — Anesthésies loco-régionales en O. R. L. et en chirurgie cervico-faciale, 1928.

E. BEYNES. — Les névralgies du nerf laryngé supérieur. (*Gazette médicale limousine*, avril 1934.)

HIRSCH. — Communication sur les névrites du laryngé supérieur. (Société viennoise de laryngologie, 1925. *Monatschrift fur Ohrlenteilkunde*, 1925.)

F. HUTTER. — L'anesthésie tronculaire dans les interventions endolaryngées. (Société laryngol.-rhinol. de Vienne, séance 2 mai 1923.)

A. BAUDOUIN et M. DEPARIS. — Données nouvelles sur les névralgies faciales (Semaine des hôpitaux Paris, 15 février 1935.)

DEPARIS. — Essai sur les névralgies du trijumeau. Données récentes de clinique et de thérapeutique. Thèse Paris 1935.

PETIT-DUTAILLIS et SCHMITE. — Névralgie du glosso-pharyngien et son traitement. (*Gazette méd. de France*, 1^{er} février 1935.)

CHAVANY ET WELTI. — La névralgie du glossopharyngien. (*Presse médicale*, 25 juin 1932.)

HALPHEN, MONBRUN, TOURNAY. — Les céphalées (Rapport congrès oto-neuro-oculistique, Bordeaux 1929. *Revue oto-neuro-oculistique*, t. VII, n° 3, mars 1929.)

